

NOTITIE in reactie op
de (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen'
(Centrum JGZ / RIVM, november 2007)

door

M. Vanderveen-Kolkema, lactatiekundige in opleiding, en
drs. S. Pots, lactatiekundige IBCLC en psycholoog

Deze notitie wordt ondersteund door:

Stichting Zorg voor Borstvoeding
Kenniscentrum Borstvoeding
Vereniging Borstvoeding Natuurlijk
Borstvoedingorganisatie LLL
Stichting Baby Voeding
Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen

Inleiding

Vanuit lactatiekundig perspectief hebben wij met grote bezorgdheid kennisgenomen van de (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' (2007)¹, hierna te noemen Richtlijn.

Deze bezorgdheid spitst zich in grote lijnen toe op de volgende aspecten:

- het welslagen van borstvoeding:
 - door responsieve interactie te ontraden, wordt de hoeveelheid lichamelijk contact gereduceerd, wat een negatieve invloed heeft op de oxytocinespiegels van moeder en kind en dit kan negatief uitwerken op het borstvoedingsproces;
 - het begrenzen van de intervallen tussen de voedingen heeft een negatieve invloed op de zelfregulering van zowel de productie van de melk, als de intake door de baby;
 - formuleringen als "hazenslaapjes", "weinig drinken" en "te vroeg wakker worden" zijn in veel gevallen op onjuiste verwachtingspatronen en veronderstellingen gebaseerd en verhinderen een goed begrip van de fysiologie van de lactatie en het slaapgedrag dat daaraan is gekoppeld.
- de emotionele en psychologische ontwikkeling van het kind:
 - door non-responsieve interactie aan te raden, zal het moeilijker zijn voor het kind om tot veilige hechting te komen;
- verwachtingspatronen van ouders en samenleving:
 - door frequent voeden en korte slaaperiodes als probleemgedrag te beschouwen, loopt de baby het risico niet de zorg te ontvangen die hij op basis van zijn biologische ontwikkeling nodig heeft;
- het onderliggende onderzoek en de 'marketing' van de resultaten:
 - door de perceptie van de ouders als uitgangspunt voor deelname aan het onderzoek te hanteren, is een subjectieve definitie van huilgedrag gehanteerd;
 - er is geen controlegroep waarmee beide interventies worden vergeleken;
 - er is geen longitudinaal prospectief onderzoek op basis waarvan kan worden vastgesteld dat de aanbevelingen veilig kunnen worden ingezet als gangbaar beleid bij huilbaby's;
 - door zonder onderliggende evidence over te gaan van interventie naar preventieve toepassing van de voorgestelde maatregelen, bestaat het risico dat er een probleemsituatie wordt gesuggereerd of gecreëerd, waar die in het geheel niet aanwezig is.

In de navolgende paragrafen worden deze vier aspecten ieder afzonderlijk uitgewerkt. Ze leiden tot een aantal conclusies, die worden aangevuld met enkele aanbevelingen.

Een belangrijke taak van lactatiekundigen IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) in de zorg voor moeder en kind is de vergroting van het inzicht in de effecten van langdurige borstvoeding op de ontwikkeling van het kind, zowel in fysiek, psychisch als in maatschappelijk opzicht en de verbetering van de zorg voor kinderen met een moeilijke start.² De Standards of Practice³ van de International Lactation Consultant Association (ILCA) noemen als belangrijke standaarden voor lactatiekundigen onder andere:

- het optreden als pleitbezorger voor borstvoedende moeders, baby's en kinderen en:
- het verschaffen van positieve feedback en emotionele ondersteuning met het oog op de voortzetting van de borstvoeding, met name in moeilijke omstandigheden.

De Scope of Practice⁴, een kerndocument voor de IBCLC-lactatiekundige, bevat deze en andere verplichtingen aangaande de integratie van culturele, psychosociale en voedingskundige aspecten van borstvoeding in de praktijkvoering.

Auteurs:

M. Vanderveen-Kolkema

Marianne Vanderveen is lactatiekundige in opleiding (examen juli 2008) en zal na het behalen van haar diploma een eigen praktijk starten in Assen, Drenthe. Zij is tevens medewerker van de Vereniging Borstvoeding Natuurlijk, waar zij als redacteur verantwoordelijk is voor de lactatiekundige aspecten van de inhoud van de brochures. Ook verzorgt zij interne bijscholing van de contactpersonen.

drs. S. Pots IBCLC

Stephanie Pots is lactatiekundige IBCLC en psycholoog. Zij is directeur van lactatiekundige praktijk 'Borstvoeding Apeldoorn' en als lactatiekundige verbonden aan een consultatiebureau in de provincie Gelderland, regio Veluwe. Tevens is zij medewerker van de Vereniging Borstvoeding Natuurlijk en verzorgt zij interne bijscholing van de contactpersonen.

Ondersteuning van de notitie door:

Stichting Zorg voor Borstvoeding

De stichting Zorg voor Borstvoeding is in 1996 door UNICEF Nederland opgericht om de wereldwijde borstvoedingscampagne 'Baby Friendly Hospital Initiative' (BFHI) in Nederland te realiseren. Dit gezamenlijk initiatief van UNICEF en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gebaseerd op de overtuiging dat een kwaliteitssysteem in de gezondheidszorg de ouders de beste garantie geeft op consistente zorg voor borstvoeding van hoge kwaliteit.

Kenniscentrum Borstvoeding

Het Kenniscentrum Borstvoeding biedt een keur aan informatie over borstvoeding via de website www.borstvoeding.com; deze wordt verzorgd door een team van gerenommeerde borstvoedingsdeskundigen en moeders met borstvoedingservaring onder leiding van Stefan Kleintjes, kinderdiëtist, directeur van de diëtistenpraktijk 'Kleintjesconsult', auteur van 'Eten voor de kleintjes-van borst tot boterham' en mede-auteur van 'Borstvoeding'.

Vereniging Borstvoeding Natuurlijk

De Vereniging Borstvoeding Natuurlijk (VBN) is opgericht in 1978. Zij geeft als vrijwilligersorganisatie wetenschappelijk gefundeerde, consistente informatie over borstvoeding aan (aanstaande) ouders en andere belangstellenden. De kracht van de vereniging ligt in de ervaringsdeskundigheid van de contactpersonen, die intern worden opgeleid en bijgeschoold om moeders te kunnen ondersteunen met praktische informatie over het geven van borstvoeding.

Borstvoedingorganisatie LLL

Borstvoedingorganisatie LLL (Stichting La Leche League Nederland) is de Nederlandse afdeling van La Leche League International (opgericht in 1956). Zij geeft op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde informatie over borstvoeding aan (aanstaande) ouders en biedt ondersteuning aan vrouwen die problemen ondervinden bij het voeden. LLL is een vrijwilligersorganisatie zonder winst oogmerk en de leidsters zijn moeders die borstvoeding geven of hebben gegeven; ze zijn ervaringsdeskundig en hebben daarnaast een interne opleiding gevolgd. LLL heeft verder als doel het bevorderen van de maatschappelijke erkenning van borstvoeding als een belangrijk element in de gezonde ontwikkeling van het kind en van de waarde van bewust ouderschap en een hechte gezinsband.

Stichting Baby Voeding

Stichting Baby Voeding is de Nederlandse IBFAN-groep (International Baby Food Action Network). De stichting heeft als doel de bescherming en ondersteuning van borstvoeding en optimale zuigelingenvoeding door de implementatie van de internationale WHO-code en de daarop volgende, relevante resoluties van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit gebeurt onder andere via het onderhouden van contacten met de politiek en andere relevante organisaties en instellingen om de Nederlandse wetgeving op het gebied van zuigelingenvoeding te verbeteren en uit te breiden.

Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen

De Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) is de beroepsvereniging van IBCLC-lactatiekundigen en heeft tot doel het beroep van de lactatiekundige meer bekendheid te geven bij het publiek, bij de overheid, binnen de reguliere gezondheidszorg en bij zorgverzekeraars. De lactatiekundige is bij uitstek de deskundige als het gaat om borstvoeding, begeleidt op professionele wijze ouders (en kind) bij alle aspecten van de borstvoeding, werkt mee aan het ontwikkelen en implementeren van beleid op het gebied van lactatie en geeft voorlichting en scholing ter bescherming, bevordering en ondersteuning van borstvoeding. De NVL streeft via informatie en een netwerk voor haar leden naar het voortdurend verder uitbouwen van de professionaliteit van de beroepsgroep.

Met dank aan drs. M. van den Nieuwenhuizen, lactatiekundige IBCLC, medisch bioloog en docent Lactatiekunde aan de Hogeschool Utrecht, voor haar review van de paragraaf 'Het onderliggende onderzoek en de 'marketing' van de resultaten'.

Het welslagen van borstvoeding

Borstvoeding is de gouden standaard voor babyvoeding. De WHO adviseert de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding te geven en er daarna nog geruime tijd mee door te gaan, in combinatie met geschikte vaste voeding. Dit advies geldt zowel voor ontwikkelingslanden als voor de meer geïndustrialiseerde gebieden zoals Nederland. De redenen worden bekend verondersteld.

De WHO en UNICEF hebben in 1991 wereldwijd het 'Baby Friendly Hospital Initiative' (BFHI) gelanceerd om het geven van borstvoeding te bevorderen. In Nederland is de BFHI-campagne sinds 1996 bekend als Zorg voor Borstvoeding. Het accent ligt op verbetering van begeleiding en ondersteuning van borstvoeding in de gezondheidszorg op basis van internationale criteria met betrekking tot een kwalitatief goed borstvoedingsbeleid. De lactatiekundigen zijn nauw betrokken bij dit programma. Aan de bovengenoemde criteria liggen de 'Ten Steps to Successful Breastfeeding'⁵ ten grondslag. In Nederland worden deze de 'Tien vuistregels voor het welslagen van borstvoeding'⁶ genoemd. Voor de jeugdgezondheidszorg zijn ze omgezet naar '7 Stappen voor de JGZ'.⁷ Ze gelden als voorwaarde voor het verwerven van het WHO/UNICEF-certificaat Zorg voor Borstvoeding. De vuistregels worden onderbouwd door het document 'Evidence for the ten steps to successful breastfeeding'⁸.

Goede borstvoedingszorg vraagt implementatie van deze uitgangspunten in de alledaagse praktijk, waarbij de internationale WHO-code (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes)⁹ een prominente plaats inneemt.

In de (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' (2007) wordt de rol van borstvoeding geven in de manier van omgaan met baby's niet genoemd, hoewel de aanbevolen aanpak er vaak invloed op zal hebben.

De mens behoort tot de klasse zoogdieren. Er zijn vier duidelijk te onderscheiden soorten zoogdieren, wanneer wordt gekeken naar de samenstelling van de melk en de rijpheid van de jongen bij de geboorte. Op deze biologische gronden stelt Nils Bergman¹⁰ vast dat de mens als draag-zoogdier kan worden geclassificeerd. De menselijke melk heeft het laagste gehalte vet en proteïne van alle zoogdieren, hetgeen verklaart waarom de intervallen tussen voedingen onder natuurlijke omstandigheden kort zijn. Frequentie voedingen zijn voor dit type zoogdier normaal biologisch gedrag. Dit geldt eveneens voor nachtvoedingen, die ook aan het einde van het eerste levensjaar nog heel gewoon zijn.¹¹

Antropoloog Ashley Montagu¹² beschrijft mensen als 'extero-gestators'. Hun kinderen zijn bij de geboorte extreem immatuur en voltooien een substantieel deel van hun fysieke en neurologische ontwikkeling buiten de baarmoeder. De duur van deze extra-uteriene fase wordt geschat op negen maanden tot een jaar, aangezien dat de leeftijd is waarop een baby 80% van zijn hersenvolume heeft ontwikkeld, een percentage dat vergelijkbaar is met dat van andere zoogdieren bij de geboorte. Tot aan die leeftijd is een kind volledig afhankelijk van met name de moeder voor de bevrediging van zijn fysieke behoeften. Scheiding van de moeder leidt tot de 'separation distress call', huilen dat erop is gericht om de moederlijke nabijheid te herstellen.¹³ Het dragen van kinderen kan in het voorkómen van dergelijke stress een zeer belangrijke rol vervullen.¹⁴

Het laten huilen van een kind ((concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' (2007), p. 17, 19) veroorzaakt daarentegen vermoeidheid en onrust. Dit leidt tot hoge cortisolspiegels, wat zowel het effectief, nutritief zuigen aan de borst belemmert als de spijsvertering en de opname van voedingsstoffen. In de Richtlijn wordt niet uiteengezet dat veelvuldige, positieve interactie tussen moeder en kind de basis is voor een bevredigend verlopende borstvoedingsrelatie en een goede groei en ontwikkeling, terwijl die interactie met de baby tevens het zelfvertrouwen van de moeder dan wel de ouders bevordert.

Die moederlijke nabijheid in de vorm van veelvuldig lichaamscontact heeft een positieve uitwerking op zowel de moeder als de baby. Hoogleraar fysiologie, Kerstin Uvnäs-Moberg, verricht toonaangevend onderzoek naar het belang van het hormoon oxytocine. Huidcontact bevordert de aanmaak van oxytocine bij moeder en kind. Dit hormoon verzorgt de toeschietreflex tijdens het voeden, maar

heeft daarnaast vele andere gunstige effecten. Het bevordert de interactie door sensitiviteit en responsiviteit, reduceert stresshormonen die vrijkomen bij separatie en huilen, bevordert de spijsvertering en de opname van voedingsstoffen en creëert bij herhaaldelijk hoge pieken een blijvend positief effect op het fysieke en psychologische evenwicht van zowel moeder als kind.¹⁵

Al deze factoren onderbouwen de stelling dat het noodzakelijk is dat de baby onbeperkt toegang heeft tot de borst om de lactatie goed op gang te brengen en te houden. Het aantal voedingen kent in de periode direct na de bevalling een minimum (acht effectieve voedingen per 24 uur), geen maximum. Later is er een ruime variatie in het aantal voedingen tussen afzonderlijke moeder-kindkoppels. Het aangeven van gemiddelden (Richtlijn, p. 29) is derhalve weinig zinvol. De moedermelkproductie wordt met name bepaald door de mate waarin de baby de borst ledigt.¹⁶ Dit proces van vraag en aanbod is de basis voor vuistregels 4 tot en met 8 (eerste aanleggen binnen een uur, kolven bij scheiding van moeder en kind, geen bijvoeding, rooming-in en voeden op verzoek).

Het begrenzen van de intervallen tussen de voedingen, zoals in de Richtlijn op diverse plekken wordt aangegeven (p. 17, 19, 29) heeft een negatieve invloed op de zelfregulering van zowel de productie van de melk, als de intake door de baby. Toenemend huilen bij een baby kan heel goed een signaal zijn van honger, al dan niet veroorzaakt door een teruglopende melkproductie. Vele lactatiekundigen zullen dit herkennen: *"In december kreeg ik een brief van de stichting Zorg voor Borstvoeding voor de jaarlijkse evaluatie van certificering. In mijn antwoord heb ik aanvullend een paar woorden gewijd aan de zogenaamde preventie voor excessief huilen die toegepast wordt in het kraambed. Ik ben namelijk in korte tijd al twee keer een alarmerende borstvoedingssituatie tegengekomen die dreigde te onttaarden in stille ondervoeding aan de borst."*¹⁷

Een ander aspect dat de voedingsfrequentie beïnvloedt, is de opslagcapaciteit. Dit is de hoeveelheid melk die een borst tussen twee voedingen kan bevatten.¹⁸ Bij geringere opslagcapaciteit zijn meer voedingen nodig om voldoende melkoverdracht te garanderen dan bij een grotere opslagcapaciteit. Een hoge voedingsfrequentie is daarom dikwijls de beste manier om de productie veilig te stellen. Er is geen biologische onderbouwing voor een algemene beperking van het aantal voedingen of de duur ervan.

De gemiddelde slaap-, waak- en voedingstijden die in de Richtlijn worden genoemd, dragen weinig bij aan een goed begrip van de normale interactie tussen moeder en kind.

Het kenmerkende slaappatroon van baby's gedurende de eerste maanden van hun leven is er een van frequente, korte perioden van slaap afgewisseld door wakkere perioden die gepaard kunnen gaan met huilen en onrust. In de avonduren kan sprake zijn van 'clustervoeden', veel voedingen in een zeer kort tijdsbestek of een lange sessie van voeden, waarbij voortdurend wordt gewisseld van de ene naar de andere borst. Het slaappatroon van borstgevoede baby's verschilt van dat van kunstgevoede baby's. Borstgevoede baby's worden 's nachts vaker wakker en laten kortere perioden van slaap zien^{19 20 21}. Het benoemen van risicokinderen, voor wie anticiperende voorlichting preventief zou werken, is daarmee naar onze mening in strijd, zeker daar in de genoemde risicogroepen ook gedrag wordt beschreven dat voor jonge kinderen in het algemeen en voor borstgevoede kinderen in het bijzonder, heel gewoon is. De formuleringen "hazenslaapjes", "niet op eigen kracht in slaap komen" en "te vroeg wakker worden", afkomstig uit de (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' (2007), p. 9, 13 en 14, zijn in veel gevallen op onjuiste verwachtingspatronen en veronderstellingen gebaseerd en verhinderen een goed begrip van de fysiologie van de lactatie en het slaappgedrag dat daaraan is gekoppeld. De tekst over het verstoorde slaappatroon bijvoorbeeld, gebaseerd op R. Blom²², heeft een omineuze toon, terwijl de onderbouwing ontbreekt.

*"Hidde is dus nu 11 weken en huilt erg veel. Mijn CB gaf als tip hem te laten huilen. Mijn gevoel druipt daar totaal tegenin, maar omdat ik radeloos was heb ik het geprobeerd, maar zodra Hidde boven lag te huilen zat ik beneden te huilen. Ik ben met hem naar de huisarts geweest; die zei als dit jongetje stil wordt bij zijn mama, waarom zou je hem dan laten huilen? Hij heeft mij voor de zekerheid wel doorverwezen naar de kinderarts om te laten checken of er medisch gezien niets mis is. Dit was niet het geval. Dat laten huilen is dus echt niets voor mij. Ik volg mijn gevoel en dat is het belangrijkste denk ik."*²³

De emotionele en psychologische ontwikkeling van het kind

De menselijke baby heeft bij de geboorte 25% van het volwassen hersenvolume. Zijn natuurlijke habitat is het moederlichaam, zo stelt Nils Bergman.²⁴ In alle zoogdieren zijn primair twee systemen aanwezig: verdediging en voeding. Ze zijn de sleutel tot onze overleving. Als één van de twee systemen actief is, is het andere dat niet. Als een baby in de defensieve staat verkeert, sluit het lichaam het voedingsstelsel af en daarmee ook de groei. Als het voedingsprogramma loopt, is een baby open en kwetsbaar.

Bergman beschrijft de vier basale behoeften van een zoogdier: zuurstof, warmte, voeding en bescherming. Aan deze behoeften moet worden tegemoet gekomen door het jong/kind in de juiste habitat te houden. De aanwezigheid van de moeder voldoet hieraan: zuurstof via de lucht, warmte en bescherming door huid-op-huidcontact met de moeder en voeding via de borst.

Het hechtingsproces kan bij de pasgeborene gemakkelijk worden verstoord. Scheiding van de moeder leidt tot huilen, waarmee het 'protest-despair-detachment'-proces in gang wordt gezet. Dit veroorzaakt een verhoging van de stresshormonen. Bloeddruk en intracraniale druk stijgen, waardoor onvoldoende hersensaturatie optreedt.²⁵ Ook ten aanzien van hartslag, bloeddruk, lichaamstemperatuur, spijsvertering en sensitiviteit gebeuren er in deze 'flight-or-fight'-modus precies de omgekeerde dingen als in de 'calm-and-connection'-modus, die met hoge oxytocinespiegels gepaard gaat.

Stimulans van de huid door lichaamscontact, maar ook auditieve en visuele nabijheid brengen in het moeder-kindpaar de afgifte van dit hormoon op gang. Herhaaldelijke pieken van dit hormoon, zowel in het bloed als via de zenuwbanden, hebben bij moeder en kind wederzijds een cascade aan positieve fysieke en psychologische effecten tot gevolg. Gedragmatig vertalen deze zich in een minder defensieve attitude, geneigdheid tot interactie, verbeterd leervermogen, empathie, vertrouwen en liefdevolle gevoelens.²⁶

Al deze processen, die nodig zijn voor veilige hechting en een gezonde groei en ontwikkeling, behoeven een responsieve attitude van de ouders/verzorgers. Een dergelijke attitude reduceert in veel situaties het stress-gerelateerde huilen.²⁷

Borstvoeding geven als proces past in deze visie. Het is een relatie, die niet alleen is bedoeld voor de overdracht van calorieën; het gaat zeer zeker ook om het contact.²⁸

In de Richtlijn wordt niet uiteengezet dat veelvuldige, positieve interactie tussen moeder en kind de basis is voor een bevredigend verlopende borstvoedingsrelatie en een goede groei en ontwikkeling. Tekenen van onrust, huilen en jengelen (Richtlijn, p. 12) zullen zich bij vrijwel alle baby's voordoen en zijn geen reden om meteen tot interventies als rust, regelmaat en inbakeren over te gaan of om het kind in zijn huilen en onrust alleen te laten (p. 17).

Er is geen biologische onderbouwing voor het idee dat een mensenkind gedijt bij alleen gelaten worden, terwijl het huilen een overduidelijk signaal van onvrede is.

Huilen is de manier waarop een kind met zijn omgeving communiceert; sensitieve, responsieve interactie leert hem vertrouwen te krijgen in die omgeving. Op biologische gronden kan worden gesteld dat mensenkinderen, gezien hun aard als draag-zoogdier, zich optimaal ontwikkelen wanneer de primaire verzorger de lichaamstaal van de baby spreekt en beantwoordt

De Richtlijn (p. 22) geeft aan: "Huilen is normaal gedrag in de ontwikkeling van kinderen. (...) Het is een signaal dat zorggedrag opwekt".

De Richtlijn geeft verder het advies om de eerste twee maanden alleen tijdens voeden en verschonen het kind 'inclusieve aandacht' te geven, en vanaf twee maanden ook na het voeden nog even te knuffelen en contact te maken op schoot. Dit getuigt van een mechanistische visie.

Ook de formulering betreffende alleen spelen versus aandacht vragen getuigt van weinig begrip van het normale interactiegedrag en de normale ontwikkeling van jonge baby's.

De in de Richtlijn aanbevolen manier van omgaan met een (huilende) baby kan bij het kind leiden tot gevoelens van maternale deprivatie.²⁹ Bij de ouders kan deze leiden tot gebrek aan zelfvertrouwen; ze worden aangemoedigd hun eigen gevoel en hun neiging tot het vertonen van zorggedrag te negeren.

Verwachtingspatronen van ouders en samenleving

De visie van de hedendaagse samenleving op de omgang met jonge kinderen vinden we onder meer terug in wetgeving, beleidsintenties en richtlijnen. De rechten van moeders en ouders op zelfbeschikking hebben daarin een zeer belangrijke plaats. Daarnaast heeft de baby bepaalde rechten op grond van de 'Convention on the rights of the child'³⁰, zoals "the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health" (artikel 24). De Europese Unie heeft een duidelijk standpunt ingenomen in de Blauwdruk voor Actie³¹ en citeert de Lancet : *"If a new vaccine became available that could prevent one million or more child deaths a year, and that was moreover cheap, safe, administered orally, and required no cold chain, it would become an immediate public health imperative. Breastfeeding can do all of this and more, but it requires its own "warm chain" of support - that is, skilled care for mothers to build their confidence and show them what to do, and protection from harmful practices. If this warm chain has been lost from the culture or is faulty, then it must be made good by health services³²."* Concluderend: "Protection, promotion and support of breastfeeding fall squarely into the domain of human rights."

Deze uitspraak is gericht op het belang van maatschappelijke ondersteuning voor borstvoeding, zoals ook in Rechten van het Kind geformuleerd, en pleit dus voor het belang van kennis over de normale ontwikkeling van mensenbaby's. De 'warm chain' betekent dat ouders ondersteund behoren te worden in hun wens borstvoeding te geven. Peer counselling, zoals die wordt gegeven door onder andere de vrijwillige borstvoedingorganisaties, kan daarin een zeer belangrijke functie vervullen, zoals in de Blauwdruk wordt genoemd en ook door onderzoek is aangetoond.³³ In deze contacten ligt de nadruk op 'empowerment', het bekrachtigen van het zelfvertrouwen van de ouders. Dit helpt tevens om de draagkracht van de ouders te vergroten.³⁴ Wanneer ouders zich krachtiger voelen, zijn ze beter in staat om positieve interactie met hun kind tot stand te brengen en negatief labelen ("ons kind is een huilbaby", in plaats van "ons kind en wij kunnen samen onze draai nog niet vinden") te vermijden.

Ouders zijn eindverantwoordelijk voor hun kind en hebben daarbij een sociaal ondersteunende omgeving hard nodig. Regels en voorschriften vanuit een zorginstelling, wanneer ze zijn geformuleerd zoals in de (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen', dragen weinig bij aan het zelfvertrouwen van de ouders en kunnen een bedreiging vormen voor de ouderlijke autonomie. Het wordt in het algemeen door ouders als zeer verwarrend ervaren, als adviezen van de zorgverlener niet stroken met hun intuïtie en hun eigen wensen. Zelfs als ze bepaalde adviezen naast zich willen neerleggen, veroorzaakt dat onnodig veel onrust en verlies van kostbare energie.

*"Mijn ervaring is als volgt. Negen maanden geleden ben ik bevallen van een zoon. De kraamzorg was uitstekend wat betreft het op gang brengen van de borstvoeding. Zonder mijn kraamhulp had ik het niet gered (hulde aan het WHO-initiatief). Maar als mijn zoon huilend in zijn bedje lag, was het advies hem eerst te laten huilen en als dat niet werkte op zijn billen te kloppen en zo te troosten. Ook werd er gezegd dat baby's best mogen huilen, dat dit normaal was. Maar wat gebeurde er als ik hem op-pakte? Hij werd rustig. Als jonge moeder, bevallen van haar eerste kind, heb ik me nog lang schuldig gevoeld op momenten dat ik mijn kind troostte in mijn armen omdat hij toch echt in zijn eigen bed zelf in slaap hoorde te vallen. Waarom je zo schuldig voelen over iets wat jezelf zo natuurlijk ingegeven wordt? Vandaag de dag geloof ik niet meer in het slaaptrainen van mijn zoon en dit geeft mij een hoop rust. Als hij huilt, dan het liefst in mijn armen, maar zonder de borstvoedingsites had ik deze rust nooit gevonden."*³⁵

Er is geen biologische en ook geen antropologische onderbouwing te vinden voor het idee dat kinderen zo snel mogelijk in staat moeten zijn om zelfstandig te functioneren. Daar is het immature brein in de vroege periode post partum niet klaar voor en ook na een aantal jaren verlopen leerprocessen nog steeds via imitatie en contact met volwassenen en kinderen. Oxytocine, dat zoals gezegd vrijkomt bij lichaamscontact en positieve ervaringen, draagt bij aan dat leervermogen en aan de geneigdheid tot interactie. Stresshormonen die ontstaan bij eenzaamheid, remmen groei- en leerprocessen.

Het moge dan ook duidelijk zijn dat juist het dragen van een kind niet een sporadisch toegestane interventie is (Richtlijn p. 17, 20), maar gedrag dat voor het soort zoogdier dat de mens is, als volledig normaal en primair kan worden beschouwd.³⁶ De draagkracht van ouders, zowel letterlijk als figuurlijk, wordt voor een belangrijk deel bepaald door steun vanuit het sociale netwerk. Die is belangrijk, want de draagkracht van een zuigeling zelf is in de eerste levensperiode in principe nul. Pas wanneer een kind zich veilig heeft kunnen hechten, zal het in staat zijn zelf met aanvankelijk geringe en later ook grotere stress om te gaan. Die competentie dient in de eerste levensweken niet op de proef te worden gesteld door het kind een half uur te laten huilen. Volwassenen om het kind heen dienen geïnformeerd te worden over het feit dat een kind in deze levensfase nog niet tot zelfregulatie in staat is. Wanneer ouders denken dat hun kind ongelukkig is als het huilt, geven zij blijk van een goed begrip van hoe een baby communiceert. Dit valt te prijzen; ouders verdienen steun bij het leren omgaan met deze gevoelens van hun kind. Dan kunnen ze op zoek naar oplossing voor de onvrede. Hen trachten af te leren deze signalen als zodanig op te vatten, is schadelijk voor de lichamelijke en psychische gezondheid van het kind.

Het onderliggende onderzoek en de 'marketing' van de resultaten

De (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' (2007) is een vervolg op de nota 'Inbakeren' (2001). Deel 1 van de Richtlijn is nieuw en gebaseerd op onderzoek van Van Sleuwen, 'Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying'.³⁷

Bij het werven van deelnemers aan het onderzoek is de definitie van Wessel³⁸ voor excessief huilen gehanteerd, namelijk "huilen dat zich voordoet langer dan drie uur per dag, minstens drie dagen per week, gedurende de drie voorgaande weken". Beslissend voor uiteindelijke deelname aan het onderzoek was de perceptie van ouders en/of artsen met betrekking tot de mate van huilen. De onderzoekers hebben voor dit subjectieve criterium voor deelname gekozen omdat het de ouderlijke perceptie is die leidt tot frustratie en ongewenste reacties naar de baby toe.

De voorgaande paragraaf, 'Verwachtingspatronen van ouders en samenleving', heeft duidelijk gemaakt dat het niet is uitgesloten dat de ouders een onjuist verwachtingspatroon hebben ten aanzien van biologisch normaal babygedrag.

De definitie van Wessel voor excessief huilen is objectiever en dus beter meetbaar. Een groot deel van de onderzoekspopulatie zou bij hanteren van deze meer meetbare definitie helemaal niet geïnccludeerd zijn. De onderzoekers geven aan dat slechts 32,3% van de kinderen van wie de ouders aangaven dat ze meer dan drie uur per dag huilden, dit ook werkelijk deden. Dit betekent dat bijna 68% van de kinderen niet excessief huilden, maar wel aan het onderzoek meedeed. Hier wordt duidelijk dat perceptie en realiteit fors van elkaar kunnen verschillen. Het wekt verbazing dat dit onderscheid niet voorafgaand aan het onderzoek is gemaakt.

Een andere vraag die rijst, is: hoe valt het verschil te verklaren tussen het percentage huilbaby's volgens de Wessel-definitie (2-2 ½%) en het aantal ouders dat met dit probleem het consultatiebureau bezoekt (22%)? Het wordt niet duidelijk, of dit grote verschil duidt op een kindprobleem of op een ouderprobleem; de interventies zijn er echter op gericht om datgene op te lossen wat als een kindprobleem wordt ervaren.

Ten aanzien van de onderzoeksopzet willen we verder het volgende ter discussie stellen.

Het onderzoek wordt een "randomized trial" genoemd; uit het onderzoek wordt ons niet duidelijk of het antwoord op de vraag naar de interventievoorkeur van de ouders voor de onderzoekers 'blinded' is gebleven. Voor de analyse van de resultaten is het in dit verband zorgelijk te noemen dat ouders in week 5 de mogelijkheid kregen aangeboden om bij gebrek aan effect van interventiegroep te wisselen en dat hun resultaten vervolgens in de oorspronkelijke groep zijn beoordeeld. De randomisatie gaat hier verloren en er ontstaat vertekening van de resultaten.

De Richtlijn vermeldt op pagina 9 dat het onderzoek een "gerandomiseerde gecontroleerde trial" is. Deze term is onjuist, aangezien er in de onderzoeksopzet geen controlegroep zónder interventie is opgenomen.

De onderzoeksgroep is gevolgd tot de leeftijd van veertien weken. Voor zover ons bekend, is er geen prospectief, longitudinaal vervolgonderzoek opgezet om te zien wat op termijn de uitwerking van de interventie is op diverse fysieke en psychologische aspecten van de ontwikkeling van het kind en de ouder-kindrelatie. Er kan zonder dergelijk vervolgonderzoek niet worden gezegd dat de interventie zonder risico's voor de korte of de lange termijn kan worden toegepast. Dit legt een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de instantie(s) die de Richtlijn wil(len) implementeren.

Bij de demografische karakteristieken wordt aangegeven dat eerstgeboren kinderen waren oververtegenwoordigd in het onderzoek (56% versus 45,8% in de totale Nederlandse bevolking). Dit roept het vermoeden op dat er andere factoren een rol spelen die het huilen zouden kunnen verklaren, zoals de onervarenheid van de ouders. Verder wordt genoemd dat 16,6% van de moeders gedurende de onderzoeksperiode rookte. Dit is een algemeen bekende risicofactor voor onrust bij jonge baby's, zeker in combinatie met borstvoeding. Het zou de onderzoekers hebben gesierd als ze deze twee gegevens in de discussie uitgebreider aan bod hadden laten komen.

Er wordt aanbevolen het onderzoek uit te breiden naar premature en 'small-for-gestational-age'-kinderen. Er is echter al veel onderzoek naar deze groep baby's gedaan; kangaroo care reduceert het huilen aanmerkelijk en bevordert groei en ontwikkeling.³⁹

Niet duidelijk wordt op welke wijze het afgenomen huilen is gecorrigeerd voor het effect dat de toegenomen aandacht als gevolg van deelname aan dit onderzoek op de ouders kan hebben.

Als één van de sterke punten van het onderzoek wordt genoemd dat de kinderen, ondanks een toename van het huilen op de eerste dag, snel hun protest opgaven en zich leken aan te passen aan de nieuwe routine. Met deze veronderstelling wordt voorbij gegaan aan onderzoek dat door Bowlby is verricht⁴⁰ en dat duidelijk uitwijst dat er bij dergelijk gedrag geen sprake is van gewenning en aanpassing, maar van terugtrekking als gevolg van vermoeidheid en wanhoop.

De Richtlijn die als concept ter goedkeuring bij het RIVM ligt, heeft inbakeren in de adviezen opgenomen, terwijl het onderzoek in de conclusie duidelijk aangeeft dat "swaddling did not bring any benefit when added to regularity and stimuli reduction in baby care". De onderzoekers concluderen dat inbakeren als aanvullende interventie kan worden toegepast, maar dat dat slechts een bescheiden effect heeft. Weliswaar werd in de groep baby's van 1-7 weken met inbakeren in de eerste week een grotere afname in huilen gezien dan zonder (12 minuten verschil) en kan dit verschil statistisch significant worden genoemd (zijnde: niet op toeval berustend), maar in praktische zin is het niet significant (zijnde: groot, relevant). Na een week was het verschil in beide groepen overigens ook statistisch niet meer significant, aldus de onderzoekers. Het wekt dan ook verbazing dat in de Richtlijn zoveel aandacht aan het inbakeren wordt besteed.

Er is geen evidence voor toepassing van de maatregel die als interventie is voorgesteld en nu als preventie wordt gepresenteerd. Het is zelfs zo dat de Richtlijn in eerste instantie in de flyer, waarin workshops over regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie werden aangekondigd en welke werden gesponsord door een kunstvoedingfabrikant, werd aangeprezen als zijnde geschikt voor de kraamtijd. De flyer wordt niet meer verspreid, maar vele zorgverleners herinneren zich de boodschap. Bovendien is het feit dat de Richtlijn met behulp van sponsoring door een kunstvoedingfabrikant breed in het land onder de aandacht werd gebracht, flagrant in strijd met de internationale WHO-code. BFHI-gecertificeerde instellingen brengen hun Zorg voor Borstvoeding-certificaat in gevaar, wanneer zij ruim baan geven aan reclame voor de kunstvoedingfabrikant.

Daar waar de onderzoekers min of meer waarschuwen voor de neiging van eerstelijns zorgverleners om "through lack of evidence-based interventions" allerlei "coping strategies" aan te bieden, staat het RIVM op het punt om een richtlijn goed te keuren waarin inbakeren wordt aanbevolen, terwijl het geen interventie is, die op grond van onderzoek als zinvol en heilzaam kan worden aangemerkt. De Richtlijn wordt ondanks de concept-status al breed in het land geïntroduceerd en JGZ-consultatiebureau's geven de informatie (die op twee A4-tjes is samengevat, bladzijde 4 van de Richtlijn, bijlagen 4 en 5) op sommige plekken tamelijk routinematig mee, ook aan ouders die helemaal geen klachten hebben over het huilen van hun baby.

"Ik heb ervaren dat de richtlijn in de Haagse regio al wordt besproken met ouders. Heb ook de reactie van de psychologen gelezen en ben het natuurlijk helemaal met hen eens. Krijg van moeders zeer negatieve reacties op de aanbevelingen en ik denk dat we er alles aan moeten doen om te voorkomen dat dit echt standaard advies wordt. Het is slecht voor de borstvoeding, maar belangrijker nog, heel slecht voor hechting tussen moeders en baby's en dat is op zich al slecht voor de borstvoeding. Ik hoop dat er veel reacties komen en dat voorkomen kan worden dat dit wordt doorgevoerd. In feite is dat al gebeurd, met sponsoring van de industrie naar ik meen. Geen wonder, zij hebben er weer baat bij!"⁴¹

Deze combinatie (geen evidence voor preventie en toch implementeren) is zorgwekkend en moet vanuit wetenschappelijk oogpunt als niet valide worden aangemerkt. Het baart ons dan ook grote zorgen dat diverse deskundigen, die zich buigen over het al dan niet definitief maken van de Richtlijn in de jeugdgezondheidszorg, niet een meer kritische attitude ten opzichte van deze handelwijze aan de dag lijken te leggen.

De Richtlijn meldt in de inleiding dat het hierboven besproken wetenschappelijk onderzoek is bewerkt en omgezet naar een advies voor JGZ-organisaties. Het concept van de Richtlijn bevat zoals gezegd echter veel interventies en veronderstellingen ten aanzien van de omgang met huilende baby's, die geen raakvlak hebben met het onderzoek. Diverse aanbevelingen in de Richtlijn worden gepresenteerd als zijnde gebaseerd op het onderzoek, terwijl het onderzoek zich met deze onderwerpen niet heeft beziggehouden. Zo zijn ons geen gegevens bekend over de mate waarin er aan het begin en aan het einde van het onderzoek (exclusief) borstvoeding werd gegeven en wordt niet duidelijk wat de invloed van de onderzochte en voorgestelde interventies is op de duur en de exclusiviteit van de lactatie. Veel van de adviezen uit de Richtlijn zijn niet getoetst door andere disciplines op het gebied van moeder- en kindzorg en kunnen, op grond van de eerste paragrafen van deze nota, dan ook als zeer discutabel worden aangemerkt.

Conclusies

Na bestudering van de inhoud van de (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' (2007), in overweging nemende de bovengenoemde onderzoeken en publicaties die betrekking hebben op de moeder- en kindzorg, hebben wij ons de volgende mening gevormd:

- De Richtlijn is in veel opzichten niet borstvoedingsvriendelijk en druist op meerdere punten in tegen de internationaal erkende vuistregels, die de basis vormen voor goed borstvoedingsbeleid.
- De Richtlijn gaat uit van biologisch onjuiste verwachtingspatronen waar het de groei en ontwikkeling van mensenbaby's betreft.
- De Richtlijn legt het probleem bij het kind; dit werkt een negatieve beeldvorming in de hand. Ouders krijgen met de Richtlijn geen inzicht in hoe een jonge baby functioneert. Er wordt gefocust op probleemgedrag, zonder wezenlijk te zoeken naar de oorzaak van de verstoorde communicatie en de geminimaliseerde positieve interactie.
- De Richtlijn gaat voorbij aan het belang van responsieve interactie voor het tot stand brengen van een veilige hechting tussen ouder en kind.
- De aanbeveling de kookwekker op 30 minuten te zetten omwille van het in slaap laten huilen brengt een kind potentieel in gevaar, aangezien dit tot onvoldoende hersensaturatie kan leiden.
- De Richtlijn is paternalistisch van toon. De veelvuldig gebruikte imperatieven zijn niet stimulerend en niet bekrachtigend voor ouders. Het begrip 'empowerment' als basis van zelfvertrouwen bij de ouders ontbreekt in de Richtlijn ten enenmale.
- De Richtlijn is gebaseerd op onderzoek waarin een discutabele operationalisatie van excessief huilen is gehanteerd.
- De Richtlijn hanteert de resultaten van onderzoek naar een interventie maatregel als uitgangspunt voor het promoten van een preventie maatregel, terwijl hiervoor geen evidence voorhanden is. Dit is een onwetenschappelijke benadering, die voor de gezonde groei en ontwikkeling van het (borstgevoede) kind ernstige consequenties kan hebben.
- Het onderzoek geeft geen uitsluitsel over de effecten van de Richtlijn op de langere termijn, waar het diverse fysieke en psychologische aspecten van de ontwikkeling van het kind en de ouder-kindrelatie betreft.
- Inbakeren in de kraamtijd is gecontraïndiceerd. Het is daarom afkeurenswaardig dat de Richtlijn in de flyer, waarin workshops over regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie werden aangekondigd, werd aangeprezen als zijnde geschikt voor de kraamzorg.
- De wijze waarop Richtlijn is geïntroduceerd en 'in de markt gezet' (workshops over regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie zijn aangeboden aan zorgverleners via sponsoring en reclame van een bedrijf dat kunstmatige zuigelingenvoeding produceert), is flagrant in strijd met de internationale WHO-Code. BFHI-gecertificeerde instellingen brengen hun Zorg voor Borstvoeding-certificaat in gevaar, wanneer zij ruim baan geven aan reclame voor de kunstvoedingfabrikant.
- Het begrip 'anticiperende voorlichting' voor de zogenaamde risicogroepen geeft de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg een onduidelijke boodschap, die in de praktijk vaak blijkt te worden misverstaan.

Wij bevelen aan dat de volgende acties worden ondernomen:

- De voorliggende (concept) richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen' wordt niet geïmplementeerd in de gezondheidszorg.
- De naleving van de internationale criteria van de WHO en UNICEF in het kader van het BFHI en de Global Strategy for Infant and Young Child Feeding wordt niet doorkruist met richtlijnen voor de JGZ die daarmee strijdig zijn.
- Er wordt deugdelijk prospectief onderzoek gedaan naar de kinderlijke ontwikkeling en naar veilige hechting; al gepubliceerd onderzoek op dit gebied wordt op meer vanzelfsprekende wijze onderdeel van de gangbare JGZ-richtlijnen.
- Er worden voorlichtingsmogelijkheden ontwikkeld die inzicht geven in de kinderlijke ontwikkeling.
- Omstandigheden in het leven van de ouders die er de oorzaak van zijn dat hun draagkracht in de zorg voor hun jonge baby niet toereikend is, krijgen, in het belang van veilige hechting, de aandacht die ze verdienen, zonder dat daarbij de baby als probleemgeval wordt gelabeld.

Referenties

- ¹ Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen, ActiZ, april 2007
- ² Beroepsprofiel van de lactatiekundige, uitgave van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen, november 2004
- ³ Standards of Practice for International Board Certified Lactation Consultants, International Lactation Consultant Association, 3rd edition 2005, reprinted with correction 2006
- ⁴ Scope of Practice for International Board Certified Lactation Consultants, International Board of Lactation Consultant Examiners, adopted March 2008
- ⁵ Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: the special role of maternity services, WHO/UNICEF Statement, Geneva, 1989
- ⁶ De bescherming, ondersteuning en bevordering van borstvoeding; de bijzondere rol van de gezondheidszorg, Unicef Nederland / Vereniging Borstvoeding Natuurlijk, 1991
- ⁷ De bescherming, ondersteuning en bevordering van borstvoeding; de bijzondere rol van de gezondheidszorg, Unicef Nederland / Vereniging Borstvoeding Natuurlijk, 1991
- ⁸ Evidence for the ten steps to successful breastfeeding, World Health Organization, Geneva, 1998
- ⁹ The International Code of Breast-Milk Substitutes, World Health Organization, Geneva, 1981
- ¹⁰ Bergman N, Kangaroo Mother Care: restoring the original paradigm for infant care and breastfeeding, presentation at Ottawa Valley Lactation Consultant conference, Ottawa, ON, 2005
- ¹¹ Goodlin-Jones BL, et al., Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2001 Aug;22(4):226-33
- ¹² Montagu A, Touching: The human significance of the skin, New York, Harper & Row, 1986
- ¹³ Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Winberg J, Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact, *Acta Paediatrica*, 1995 May;84(5):468-73
- ¹⁴ Anisfeld E, Casper V, Nozyce M, Cunningham N, Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment, *Child Development* 1990 Oct; 61(5): 1617-27
- ¹⁵ Uvnäs-Moberg K, Petersson M, Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2005;51(1):57-80
- ¹⁶ Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE, Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breastmilk throughout the day, *Pediatrics* vol. 117(3) e387-e395, March 2006
- ¹⁷ Lactatiekundige regio Haarlem
- ¹⁸ Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE, Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breastmilk throughout the day, *Pediatrics* vol. 117(3) e387-e395, March 2006
- ¹⁹ Elias, MF Nicolson, NA Bora,C, Johnston, JBA, Sleep/Wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life, *Pediatrics* 77(3): 322-329, March 1986
- ²⁰ Mosko S, Richard C, McKenna J & Drummond S, Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS, *Sleep* 19:677-84, 1996
- ²¹ Mosko S, Richard C, McKenna, J Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* vol. 100: 841-49, 1997
- ²² Blom R, Regelmaat en inbakeren; voorkomen en verhelpen van onrust, Christofoor, 2003
- ²³ Ervaring van een moeder, ingebracht op een internetforum
- ²⁴ Bergman N, Kangaroo Mother Care: restoring the original paradigm for infant care and breastfeeding, presentation at Ottawa Valley Lactation Consultant conference, Ottawa, ON, 2005
- ²⁵ Anderson GC, Risk in mother-infant separation post birth, *Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 196-199, 1989
- ²⁶ Uvnäs-Moberg K, The Oxytocin Factor: Tapping the hormone of calm, love and healing, Da Capo Press, 2003
- ²⁷ Verweij R, van Bakel HJA, Hongeren naar huidcontact. Aanraking bevordert neuro-endocriene ontwikkeling van baby's, *Medisch Contact* 62; (31-32):1319-1321, 2007
- ²⁸ Harlow HF, The Nature of Love, *American Psychologist*, 13, 673-685, 1958
- ²⁹ Harlow HF, The Nature of Love, *American Psychologist*, 13, 673-685, 1958
- ³⁰ Convention on the rights of the child, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1989, entry into force 2 September 1990 in accordance with article 49, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
- ³¹ Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, developed and written by participants of the project: Promotion of breastfeeding in Europe, 2004

³² Editorial: A warm chain for breastfeeding, *Lancet* 1994;344:1239-41

³³ Palda, VA, Guise, JM, Wathen, CN with The Canadian Task Force on Preventive Health Care, Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice, *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 16 MARS 2004; 170 (6)

³⁴ Eliëns M, Baby's in beeld, onderzoek naar het effect van video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij ouders van overmatig huilende zuigelingen, AIT/De Combinatie, mei 2003

³⁵ Ervaring van een moeder, ingebracht op een internetforum

³⁶ St James-Roberts I et al, Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a 'proximal' form of care, *Pediatrics*; 117(6); e1146-e1155, 2006

³⁷ van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC, Busschers WB, Westers P, Blom MA, Schulp TWJ, Kuis W, Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying, *The Journal of Pediatrics*, 149(4) 512-517, October 2006

³⁸ Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris jr GS, Detwil AC, Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic, *Pediatrics* 14(5) 421-435, 1954

³⁹ Rodriguez AN, Nel M, Dippenaar H, Prinsloo EAM, Good short-term outcomes of kangaroo mother care in infants with a low birth weight in a rural South African hospital, *South African Family Practice*, 49(5) 15, 2007

⁴⁰ Bowlby J, Attachment and loss, Vol. 2: Separation, New York, Basic Books, 1973

⁴¹ Lactatiekundige regio Den Haag